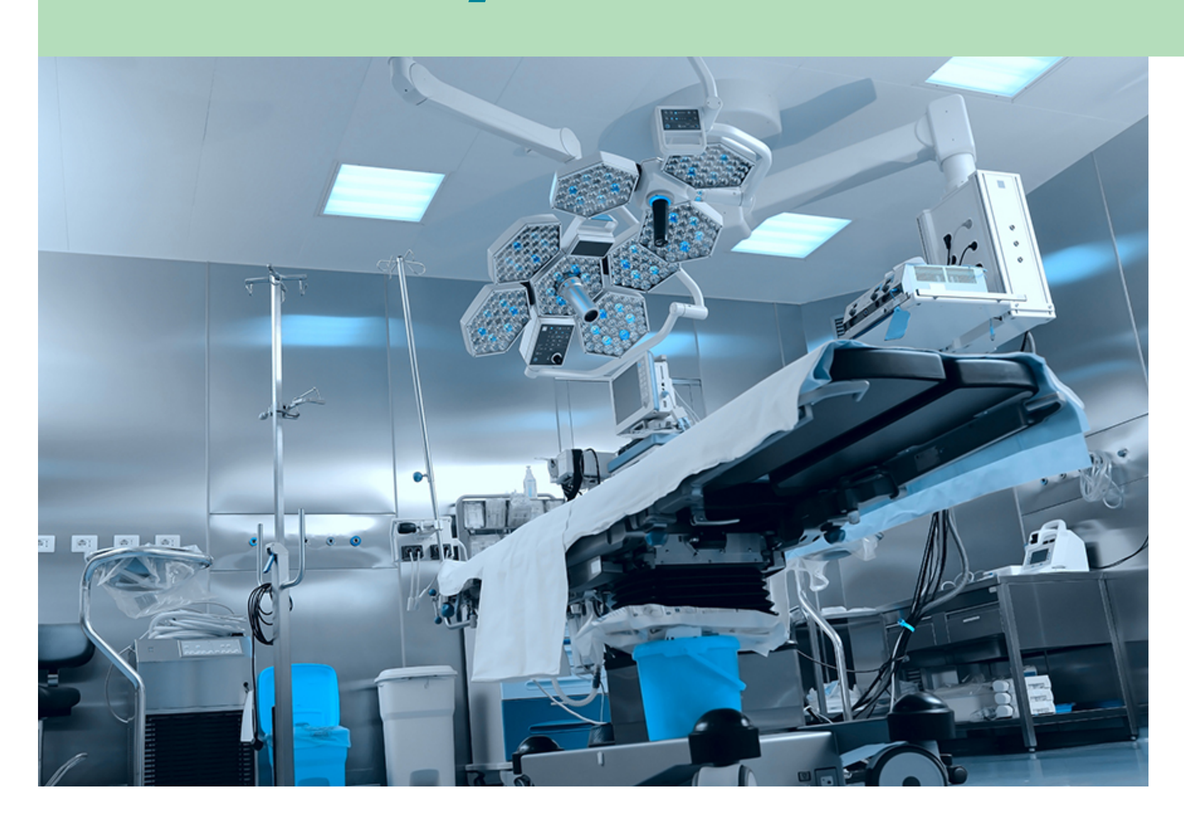
CONDICIONES GENERALES

SEGURO MÉDICO GLOBAL INDIVIDUAL / FAMILIAR







Índice

GMMI INT LIM 2020-II



GMMI INT LIM 2020-II





GMMI INT LIM 2020-II



1. OBJETO DEL SEGURO

Allianz México, S.A Compañía de Seguros, denominada en adelante como “Allianz”, se obliga a reembolsar al Asegurado los gastos médicos amparados por este contrato que sean erogados para recuperar la salud o vigor vital del Asegurado a causa de una enfermedad o accidente amparado por este contrato.

2. DEFINICIONES

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

2.1 ACCIDENTE

Se entenderá como accidente todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada y que produzca lesiones corporales que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

2.2 ACCIDENTE AMPARADO

Será todo accidente que se origine dentro de la vigencia de la póliza y cuyo primer gasto y/o primera atención médica ocurra dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento. En caso de que la atención médica no se presente dentro de los 30 días siguientes al accidente se considerará como enfermedad.

Para los padecimientos de columna vertebral y rodilla, sólo se considerarán accidentes amparados cuando exista fractura, rotura completa de ligamentos o en caso de politraumatizados.

No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

2.3 ASEGURADO

Persona física que reside en Territorio Nacional, que se muestra en la carátula de la Póliza y ha sido aceptado por Allianz para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. Para efectos de esta Póliza, se entenderá como Asegurado, el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

2.4 ASEGURADO TITULAR

Persona física, que a la fecha de inicio de vigencia de la póliza cuente con plena capacidad de goce y de ejercicio, que reside en Territorio Nacional y que es responsable, en primera instancia, de pagar los gastos médicos ocasionados por la atención médica de su propia persona y en su caso, la de sus Dependientes económicos. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este contrato de seguro, además de firmar como responsable en la solicitud.

2.5 COASEGURO

Cantidad a cargo del Asegurado, resultado de aplicar el porcentaje que se señala en la carátula de la Póliza o en aquellos padecimientos, procedimientos o coberturas, donde se especifica expresamente, sobre los gastos médicos amparados que excedan al Deducible contratado.

2.6 CONTRATANTE

Es aquella persona física, mayor de edad, o moral que solicitó la celebración del presente contrato para sí y/o para terceras personas y que tiene como obligación el pago de la Prima.

2.7 CUIDADOR O CUIDADORA

Es la persona que sin ser médico o enfermera/o facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente o con alguna discapacidad, ayudándola en sus tareas diarias.

2.8 CULPA GRAVE

Toda acción u omisión dolosa, negligente o deliberada por parte del Asegurado.

2.9 DEDUCIBLE

Cantidad a cargo del Asegurado que se señala en la carátula de la Póliza que se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de una reclamación procedente y una vez por cada accidente o enfermedad amparada.



2.10 DEPENDIENTES

Cónyuge e hijos, así como cualquier otra persona, que dependa económicamente del Asegurado Titular y que sean residentes en Territorio Nacional, siempre que hayan sido aceptados por Allianz y conste por escrito en la carátula de la Póliza.

2.11 DISCAPACIDAD

Es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

2.11.1 DISCAPACIDAD FÍSICA

Es la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

2.11.2 DISCAPACIDAD MENTAL

A la alteración o deficiencia en el sistema neuronal de una persona, que aunado a una sucesión de hechos que no puede manejar, detona un cambio en su comportamiento que dificulta su pleno desarrollo y convivencia social, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

2.11.3 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

2.11.4 DISCAPACIDAD SENSORIAL

Es la deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, tacto, olfato y gusto, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.



2.12 ENDOSO

Documento que modifica las presentes Condiciones Generales y forma parte de este contrato de seguro.

2.13 ENFERMEDAD AMPARADA

Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado, cuyo inicio así como el primer gasto y/o primera atención médica ocurra mientras se encuentre vigente el presente contrato y que no esté expresamente excluida en la Póliza o no se encuentre dentro del periodo de espera correspondiente.

Se considera como una misma enfermedad todos aquellos padecimientos que se produzcan como consecuencia directa de la enfermedad que les dio origen, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas.

2.14 ENFERMERA

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos, es decir, que cuente con la cédula profesional correspondiente para tal efecto.

La enfermera no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.15 EVENTO

Para efectos de esta Póliza, se considera evento, a cualquier accidente, enfermedad o maternidad y sus complicaciones.

2.16 FECHA DE ALTA

Es la fecha a partir de la cual inician los beneficios de este contrato y se indica en la carátula de la Póliza. Esta fecha podrá modificarse de acuerdo a lo indicado en el Endoso de Antigüedad que en su caso se expida.

2.17 FECHA DE ANTIGÜEDAD

Para los efectos de esta Póliza, se considerará como Fecha de Antigüedad la fecha de Alta del Asegurado. La Fecha de Antigüedad podrá modificarse de acuerdo a lo indicado en el Endoso de Antigüedad. Este concepto aplicará únicamente para los padecimientos cubiertos con periodo de espera.



2.18 GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Son los gastos estrictamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de eventos amparados, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado, originados por:

a) Servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias.

b) Honorarios profesionales de médicos, de anestesiólogos, de terapeutas y de enfermeras.

c) Medicamentos, material quirúrgico y cualquier otro equipo necesario para la recuperación de la salud del Asegurado.

Incluyendo el impuesto al valor agregado (I.V.A) que éstos generen.

2.19 GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA)

Es el monto máximo que Allianz indemnizará para cada uno de los gastos incurridos en el diagnóstico y tratamiento de cada evento amparado por la póliza.

Para cualquier gasto erogado en el extranjero se considera como GUA lo siguiente:

a) Para determinar el monto máximo a indemnizar en los diferentes tipos de honorarios médicos en el extranjero, se utilizará la base contenida en el **Context4Health Decision Point**. Esta base contiene los montos indemnizables por estado, código postal y/o población para cada procedimiento, tratamiento o atención del que se trate y específicamente se utilizará el correspondiente al percentil 80.

b) El costo razonable y acostumbrado significa la cantidad equivalente al percentil 80 de la base Context4Health-Decision Point. Si no existe suficiente información para algún procedimiento específico, la Compañía determinará un cargo permitido sobre la base de los cargos realizados por servicios similares.

c) **En caso de trasplante de cualquier órgano, el GUA corresponderá a los costos de los proveedores en convenio previamente autorizados por Allianz en el país del que se trate.**

2.20 HOSPITAL O SANATORIO

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.



2.21 INSTRUMENTISTA

Enfermera o Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al médico tratante en la instrumentación quirúrgica de la cirugía para la atención del Asegurado. El instrumentista no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.22 MÉDICO TRATANTE

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, la cual se sustentará con la presentación de la cédula profesional de la especialidad correspondiente, así como por el certificado vigente emitido por el Consejo Médico de la especialidad de que se trate, quien tiene a su cargo la atención directa del Asegurado.

El médico tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.23 MÉDICO AYUDANTE

Médico cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al médico tratante en la atención quirúrgica del Asegurado. El médico ayudante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.24 PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Son todos aquellos padecimientos y/o enfermedades que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- *Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato.*
- *Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza.*
- *Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de la Póliza.*
- *Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de la Póliza.*

La Institución podrá considerar una reclamación o enfermedad como preexistente cuando cuente con las pruebas señaladas en los siguientes casos:

A) Que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, con el que se llegue a determinar la preexistencia de la enfermedad.

B) Cuando la Institución de Seguros cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, facultando incluso a la Institución para requerir al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

C) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> *"Estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."*

Si como parte del proceso de suscripción, Allianz solicita a alguno de los asegurados someterse a un examen médico con la finalidad de detectar alguna enfermedad o padecimiento preexistente, dicho padecimiento o enfermedad no será considerado preexistente si no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2.25 PADECIMIENTO CONGÉNITO

Toda enfermedad o malformación que tuvo su origen en el periodo de gestación, independientemente de que sea evidente al nacimiento o se manifieste con posterioridad.

Las diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

2.26 PAGO DIRECTO

Servicio mediante el cual Allianz podrá liquidar directamente al prestador de servicios los gastos cubiertos realizados por el Asegurado dentro del hospital de Red, como consecuencia de algún evento amparado por la Póliza, siempre y cuando requiera, de forma justificada, de más de 24 horas de hospitalización y Allianz cuente con toda la información necesaria para determinar el dictamen del siniestro.

2.27 PÓLIZA

Es el documento integrado por la solicitud, carátula, las presentes Condiciones Generales, endosos y cláusulas adicionales agregadas o que en su momento se agreguen al contrato de seguro.



2.28 PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Son todas aquellas personas físicas o morales que se encargan de ofrecer servicios médicos al Asegurado, con facultades legales para ofrecer dichos servicios, que incluyen pero no se limitan a: hospital, sanatorio, laboratorio médico, farmacia, médico tratante, médico ayudante, instrumentista y enfermera.

2.29 PERIODO DE ESPERA

Periodo que debe transcurrir en forma ininterrumpida a partir de la Fecha de Alta en la Póliza de cada Asegurado, o de la Fecha de Antigüedad, con el fin de que sean cubiertas las enfermedades señaladas expresamente en los numerales 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, y 7.10 de estas condiciones.

2.30 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS

Servicio mediante el cual el Asegurado recibe la autorización de Allianz del Pago Directo previa a su intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, en cualquier hospital y/o con cualquier médico con el que Allianz haya establecido convenio, limitándose el Asegurado a cubrir solamente el Deducible, Coaseguro, gastos personales y/o no relacionados, que en su caso apliquen.

2.31 PRÓTESIS

Es todo aquel dispositivo artificial destinado a reemplazar parcial o totalmente algún órgano o miembro del cuerpo humano, imitando o supliendo la función de dicho miembro u órgano reemplazado.

2.32 PRÓTESIS BIÓNICA

Es toda prótesis que emula el comportamiento, desempeño morfológico y funcional de cualquier sistema biológico del cuerpo humano, para cuyo funcionamiento es necesario un microprocesador, sensor, programa computacional o tecnología informática.

2.33 REEMBOLSO

Procedimiento mediante el cual Allianz restituye los gastos procedentes relacionados, realizados por el Asegurado Titular a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza y liquidados directamente al prestador de servicios.



2.34 SALUD

Es el bienestar biológico del individuo Asegurado por el presente contrato.

2.35 URGENCIA MÉDICA

Para efectos de este contrato se considera Urgencia Médica cuando un padecimiento o accidente cubierto por la Póliza, pone en peligro la vida, la viabilidad de alguno de los órganos o la integridad corporal del Asegurado, para lo cual se requiere atención médica inmediata dentro de las siguientes 24 hrs. al momento en que surgió dicha urgencia. Es necesario que el Asegurado ingrese por el área de urgencias de un hospital.

3. CONTRATO

3.1 BASES DEL CONTRATO

La Póliza es prueba fehaciente del contrato de seguro celebrado entre el Contratante, los Asegurados y Allianz. El Contratante o en su caso, el Asegurado Titular, estará obligado a manifestar por escrito a Allianz cualquier cambio en la ocupación y/o residencia del Asegurado, por lo cual, Allianz se reserva el derecho de adecuar las características y precio del seguro a las nuevas condiciones de ocupación y residencia del Asegurado.

3.2 COSTO DE ADQUISICIÓN

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención de este contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Es obligación del Asegurado Titular declarar por escrito a Allianz en la solicitud de seguro y/o el cuestionario médico que forma parte de la Póliza, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.



3.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado Titular o Contratante deberá declarar a Allianz por escrito, dentro de las primeras 24 horas en que tenga conocimiento de ello, cualquier cambio en el riesgo originalmente asegurado derivado de un cambio de residencia, ocupación o actividad de alguno o de todos los asegurados que figuren en la póliza, así como de sus Dependientes. Allianz analizará el nuevo riesgo y, en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo. Si el Asegurado Titular o Contratante no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, o bien, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, no remitiera en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados al siniestro, Allianz no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios realicen o se relacionen con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fueren condenados mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios, sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato podrán ser restauradas una vez que Allianz tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Allianz consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.



3.5 RESCISIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que Allianz tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Asegurado Titular para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado Titular o de cualquiera de sus Dependientes, aunque dichas omisiones o inexactitud en las declaraciones no hayan influido en la realización de algún evento considerado en el objeto de este seguro y de acuerdo a lo estipulado los Artículos 47, 8, 9, 10, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> "Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro."

Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> "El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."

Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> "Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."

Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> "Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario."

Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> "La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."

Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> "Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo anterior" (Refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).



3.6 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

(Transcripción del Artículo **25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

> "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones."

3.7 REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En el caso en que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de Primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación. En caso de que Allianz autorice dicha rehabilitación bajo los siguientes requisitos:

a) Presentar por escrito una solicitud de rehabilitación.

b) Presentar los requisitos de asegurabilidad que Allianz determine para la evaluación de su estado de salud.

Allianz analizará la información presentada y determinará si se autoriza la rehabilitación y en qué condiciones, siempre respetando la vigencia originalmente pactada. Las condiciones con las que se rehabilitará la póliza podrán implicar que se incluyan, modifiquen y/o eliminen endosos en la póliza.

En ningún caso, Allianz tendrá obligación de cubrir ningún gasto médico por reclamaciones de accidentes o enfermedades amparadas ocurridas durante el periodo comprendido una vez concluido el periodo de gracia y el día en que surta efecto la rehabilitación.

Si el contrato no es rehabilitado y el Contratante decide solicitar una nueva Póliza, todos los accidentes o enfermedades que se presenten antes de la contratación de la nueva Póliza se considerarán como preexistentes.

3.8 MODIFICACIONES AL CONTRATO

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando se realicen de común acuerdo y por escrito entre el Contratante o el Asegurado Titular y Allianz, a través de cláusulas adicionales y Endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los beneficios ganados por antigüedad mencionados en los puntos: 7.6, 7.7, 7.8, 7.9 y 7.10 de estas condiciones generales, no serán afectados con las modificaciones al contrato siempre y cuando el nuevo plan contratado los contemple y el Contratante y/o Asegurado proporcionen la información y documentación requerida por la Institución de Seguros para tal efecto.



El Agente de seguros u otras personas no autorizadas por Allianz no podrán en ningún momento cambiar o modificar las condiciones o beneficios de este contrato.

3.9 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de Allianz o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus Delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de Allianz a satisfacer las pretensiones del Asegurado.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas Delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones

Blvd. Manuel Ávila Camacho #164, piso 1

Col. Lomas de Barrilaco, Ciudad de México C.P. 11010

unidad.especializada@allianz.com.mx

Tel. (55) 5201 3000 y (01 800) 1111 200 Ext. 3039

www.allianz.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México C.P. 03100

asesoria@condusef.gob.mx

Tel. (55) 5340 0999 y (01 800) 999 80 80

www.gob.mx/condusef

3.10 NOTIFICACIONES

Toda notificación relacionada con el presente contrato por parte del Contratante o del Asegurado, deberá dirigirse por escrito a Allianz en el domicilio que se presenta en la carátula de la Póliza. Será obligación de Allianz comunicar por escrito al Contratante o Asegurado de cualquier cambio de domicilio. **Los Agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de Allianz, por lo tanto cualquier notificación o comunicación hecha en contravención a lo establecido en esta cláusula carecerá de validez.**



3.11 RESIDENCIA

En caso de que el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes deban permanecer por más de tres meses continuos en el extranjero, deberán dar aviso por escrito previamente a Allianz para que ésta evalúe el riesgo y en su caso determine el ajuste a la Prima de seguro que proceda. **De no darse este aviso, Allianz no cubrirá ningún accidente o enfermedad que sufra el Asegurado en el extranjero después de los primeros 3 meses de estancia fuera de la República Mexicana.**

3.12 DEDUCIBILIDAD

Las Primas del presente contrato son deducibles de impuestos en términos del **Artículo 151, fracción VI, de la ley del Impuesto Sobre la Renta.**

> "Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:
>
> Fracción VI: Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta."

3.13 CLÁUSULA DE SANCIONES Y EMBARGOS

La Compañía no estará obligada a otorgar cobertura ni indemnizar ninguna reclamación o beneficio que se derive de la presente póliza en la medida que esa cobertura, indemnización o beneficio implicaran que la Compañía pudiera quedar expuesto a cualquier sanción, prohibición o restricción establecidas en una resolución de las Naciones Unidas y/o en sanciones económicas o mercantiles establecidas por normativas o regulaciones de la Unión Europea, los Estados Unidos de América o por cualquier otra jurisdicción, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

3.14 COMUNICACIONES

Allianz dirigirá todo aviso o notificación relacionado con este Contrato de Seguro, al último domicilio del Contratante registrado en los archivos de la compañía. En todo caso, se entenderá que Allianz ha dado aviso o hecho la notificación de que se trate, cuando la notificación se haga al Contratante o al último domicilio registrado del Contratante.



Cualquier aviso o notificación que el Asegurado deba o desee hacer a la compañía, lo deberá hacer por escrito con los requisitos que establezca Allianz o por vía telefónica, bajo las condiciones autorizadas por la compañía.

Allianz y el Contratante podrán convenir el uso de medios electrónicos, de cómputo o de telecomunicaciones en la celebración de operaciones, prestación de servicios y demás servicios que deban darse en relación con este Contrato, en los términos de lo dispuesto en el **Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** que a la letra dice:

"La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las instituciones de seguros, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los Contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
II. Los medios de identificación del usuario y las responsabilidades correspondientes a su uso, y
III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas."

El contenido de las grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio, y serán propiedad exclusiva de Allianz.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

4.1 INICIO DE VIGENCIA

La vigencia de este contrato inicia en la fecha que se indica en la carátula de la Póliza, entrando en vigor desde las 00:00 hrs. de la fecha de inicio.



4.2 TERMINACIÓN DE VIGENCIA

La vigencia de este contrato termina en la fecha que se indica en la carátula de la Póliza, a las 00:00 hrs. del día indicado como fin de vigencia o antes en los casos previstos en estas Condiciones Generales.

4.3 RENOVACIÓN GARANTIZADA

A partir de la terminación de este contrato, Allianz estará obligada a renovarlo, con condiciones de aseguramiento congruentes con la Póliza originalmente contratada, sin importar las Enfermedades y/o Accidentes amparados reclamados por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes en la vigencia de la Póliza.

Las renovaciones se ofrecerán en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de riesgos en detrimento del asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el asegurado. Se respetarán los periodos de espera definidos en la Póliza original si es que eran menores a los estipulados en la renovación. Asimismo, no se podrán reducir los límites específicos indicados en cada cobertura.

El Deducible, topes de Coaseguro y Sumas Aseguradas podrán actualizarse anualmente en proporción al incremento que presenten los costos de los insumos médicos y de los servicios proporcionados por prestadores médicos privados.

Allianz informará la renovación de la Póliza al Contratante con al menos veinte días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

Para efectos de celebrar la renovación de este contrato, el Contratante deberá manifestarlo expresamente y por escrito durante los treinta días anteriores al fin de vigencia de la Póliza. Asimismo, el Contratante o el Asegurado podrá notificar su voluntad de no renovarlo dentro de los primeros veinte días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

4.4 DERECHO DE CONVERSIÓN

Cualquier Dependiente con mayoría de edad tiene derecho a solicitar que se le expida a su nombre una Póliza de seguro de gastos médicos mayores, con la misma Fecha de Alta que tiene en la Póliza original para conservar su antigüedad, sin ningún requisito de salud u ocupación.

La nueva póliza deberá tener condiciones análogas de suma asegurada, plan, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, que la póliza original.



4.5 EDAD

La edad máxima de aceptación en este contrato es de 60 años para el Asegurado Titular y para sus Dependientes.

En la renovación no habrá límite de edad de aceptación para el Asegurado Titular y para sus Dependientes, por lo que la cobertura se considerará vitalicia para éstos, conforme a lo estipulado en la cláusula de renovación garantizada.

Los Dependientes económicos de nuevo ingreso en cualquiera de las renovaciones estarán sujetos a la edad máxima de aceptación de este contrato.

4.6 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurado o Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro presentando una solicitud por escrito en las oficinas de Allianz o por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación.

Allianz se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado o Contratante que formule la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, Allianz no podrá negar el trámite de cancelación cuando éste se realice por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación; tampoco podrá negar o retrasar el trámite de cancelación sin que exista una causa justificada.

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, Allianz devolverá al Contratante el 60% de la Prima neta pagada no devengada correspondiente, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada.

Dicha devolución se realizará en un plazo no mayor a 30 días naturales posteriores a la fecha de la solicitud de terminación anticipada del Contrato.

5. SUMA ASEGURADA

Responsabilidad máxima cubierta por esta póliza para cada accidente o enfermedad amparada y se determinará de acuerdo a las condiciones vigentes en la fecha de la primera atención médica y/o del primer gasto, y podrá modificarse de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 6.8 Cambio de Condiciones. Cuando se trate de Asegurados que inicialmente reciban atención médica en alguna institución de seguridad social o en cualquier institución hospitalaria pública, la Suma Asegurada se fijará de acuerdo con las condiciones vigentes en la fecha de la primera atención médica en cualquiera de estas Instituciones, y podrá modificarse de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 6.8 Cambio de Condiciones.



La Suma Asegurada de la cobertura básica es la que se encuentra establecida en la carátula de la Póliza.

6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

6.1 PRIMAS

En la carátula de la Póliza se presenta la Prima, el derecho de Póliza y el IVA, cantidades que deben ser pagadas por el Contratante para mantener en vigor este contrato en términos de la Cláusula Periodo de Gracia.

El derecho de póliza debe ser pagado en el primer recibo, lo cual lo diferencia de los recibos subsecuentes en el caso de pago en parcialidades.

La estructura de la tarifa de Allianz es por edad y sexo.

Los incrementos de tarifa entre las diferentes edades y sexos corresponden a la experiencia de la cartera.

6.2 FORMA DE PAGO

La Prima de este contrato está calculada por todo el año de su vigencia, sin embargo, Allianz concede la posibilidad de pagarla de manera fraccionada en forma semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso, el Contratante también deberá pagar el recargo que determine Allianz y el IVA que esto genere.

En la carátula de la Póliza se establece la “Forma de Pago” elegida por el Contratante.

6.3 VENCIMIENTO

La Prima debe pagarse en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Para pagos fraccionados, cada fracción deberá pagarse en la fecha de inicio de cada periodo.

6.4 LUGAR DE PAGO

El pago de la prima o fracción deberá realizarse por el conducto que se especifica en la carátula de la póliza, que incluye pero no se limita a: pago referenciado en bancos, transferencia electrónica de fondos a favor de Allianz y cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante.



Sin perjuicio de lo establecido en los puntos 3.7, 6.3 y 6.5 de las presentes condiciones generales, el comprobante de la operación, el recibo expedido por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, serán prueba suficiente de dicho pago hasta en tanto Allianz entregue el recibo correspondiente al Contratante.

6.5 PERIODO DE GRACIA

(Transcripción del **Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**)

> "Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago de parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.
>
> Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley."

En caso de que se presente un accidente o enfermedad amparada durante el transcurso del Periodo de Gracia, la indemnización de los gastos médicos amparados se dará vía Reembolso descontando de la indemnización la Prima o la fracción pendiente de pago.

6.6 OTROS SEGUROS

Si las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra compañía ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como del finiquito elaborado por la otra compañía, o bien, presentar Carta de Siniestralidad en papel membretado de la otra compañía.

6.7 INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

a) Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia de la Póliza y que, a la fecha esperada de nacimiento, la madre cuente con al menos 10 meses de haberse dado de alta en la Póliza, quedarán asegurados desde su nacimiento sin requisitos de salud, **siempre y cuando se notifique por escrito a Allianz dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, acompañando a la solicitud, la documentación necesaria para demostrar la fecha de nacimiento.**

La inclusión de estos Dependientes sin requisitos de salud no estará supeditada a que el evento de maternidad haya estado cubierto conforme a las condiciones establecidas en la presente Póliza.

b) Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia de la Póliza y que, a la fecha esperada de nacimiento, la madre cuente con menos de 10 meses de haberse dado de alta en la Póliza, deberán solicitar su cobertura en la Póliza y presentar las pruebas de su condición de salud para determinar su aceptación.

c) La aceptación de cualquier otro Dependiente del Asegurado Titular quedará sujeta a las condiciones de salud y ocupación que presente al momento de su inclusión.

6.8 CAMBIO DE CONDICIONES

A la renovación de la póliza, el Contratante podrá solicitar modificaciones a las condiciones del contrato, apegándose a aquellas que Allianz tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y presentando los requisitos que Allianz le solicite para tal efecto. Allianz podrá aceptar o rechazar las modificaciones solicitadas.

En caso de que Allianz acepte el cambio solicitado por el Contratante y la póliza cuente con un siniestro inicial o un siniestro complementario abierto, los complementos de éste se pagarán con las condiciones menores de plan, suma asegurada y GUA para el tabulador de honorarios médicos, aplicando el Coaseguro mayor y ajustando el Deducible y tope de Coaseguro mayor si se comparan las condiciones de la Póliza en las que se originó el siniestro y la Póliza vigente que contempla los cambios.

7. COBERTURA BÁSICA

Allianz cubrirá los gastos médicos erogados en Territorio Nacional o en el Extranjero, que se originen por la atención de todas las enfermedades o accidentes que no estén expresamente excluidos por esta Póliza, con los límites en los servicios y condiciones de cobertura que a continuación se indican:

7.1 SERVICIOS DE HOSPITAL

1. Cuarto privado estándar con cama extra para un acompañante.
2. Alimentos del paciente.
3. Quirófano, sala de curación, sala de recuperación, sala de terapia intensiva o intermedia.
4. Adquisición y aplicación de sueros.
5. Aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo.



Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.1.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE SERVICIOS DE HOSPITAL

Los estudios hechos a posibles donadores de sangre no serán cubiertos.

7.2 SERVICIOS MÉDICOS

a) Consultas del médico tratante.

b) Tratamientos quirúrgicos o médicos indicados o realizados por el médico tratante, **hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención**. El monto máximo a reembolsar para los tratamientos quirúrgicos más comunes podrá ser consultado en www.allianz.com.mx en la sección "Tabuladores". En caso de que el procedimiento no se encuentre en el listado proporcionado por la Compañía, el Asegurado podrá solicitar por escrito la información, para lo cual deberá contar con un siniestro abierto y proporcionar el informe médico correspondiente al procedimiento a realizar. La respuesta será proporcionada por la Compañía en un lapso no mayor a cinco días hábiles.

   1. Entre los tratamientos médicos se tendrán la radioterapia, la quimioterapia, la hidroterapia la inhaloterapia y terapia física.
   2. Los tratamientos homeopáticos se cubrirán siempre que sean prescritos por médicos homeópatas con título profesional.
   3. Tratamientos quiroprácticos hasta un máximo de 15 sesiones por cada accidente y/o enfermedad amparada.

c) Los honorarios de Anestesiólogos se cubrirán hasta por el 30% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.

d) En caso de requerirse un Primer Ayudante, éste será valorado acorde al diagnóstico motivo del siniestro, y de ser autorizado, quedará cubierto hasta por un 20% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.

e) En caso de requerirse un Segundo Ayudante, éste será valorado acorde al diagnóstico motivo del siniestro, y de ser autorizado, quedará cubierto con un 10% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.

f) En caso de requerirse un Instrumentista, éste será valorado acorde al diagnóstico motivo del siniestro, y de ser autorizado, quedará cubierto con un 5% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.

g) En cada sesión quirúrgica, los gastos médicos amparados no excederán del Gasto Usual y Acostumbrado y de los siguientes límites:



1. Cuando se practiquen dos o más intervenciones quirúrgicas en la misma sesión y en el mismo campo operatorio, Allianz pagará únicamente el importe de la mayor hasta el Gasto Usual y Acostumbrado o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.
2. Sin embargo, si el mismo cirujano efectúa otra intervención en otro campo operatorio en la misma sesión, cada operación se considerará como un evento, lo cual implica el cobro del deducible y del coaseguro independientes para cada evento y sobre los cuales se pagará hasta el Gasto Usual y Acostumbrado para cada uno de ellos.
3. Cuando se requiera la intervención de dos o más cirujanos de diferentes especialidades para el tratamiento de una misma persona en una sesión quirúrgica o en sesiones quirúrgicas sucesivas, se pagará para cada cirujano en forma individual.
4. Los politraumatismos se considerarán como un solo evento.
5. Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, durante las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato de la primera cirugía, Allianz cubrirá los gastos procedentes de acuerdo a las condiciones de la Póliza por concepto de hospitalización, honorarios de ayudantía y anestesiología, quedando a cargo del Asegurado, en su caso, el pago de los honorarios correspondientes al cirujano.
6. Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior y se presentara después de las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato de la primera cirugía, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera, y será considerada como complemento del siniestro que le dio origen.

h) Si la indemnización de los honorarios médicos se realiza por medio de un médico perteneciente a la Red de Allianz vía Pago Directo, Allianz le garantiza al Asegurado que no pagará diferencia alguna por este concepto.

7.3 GASTOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL

Los siguientes gastos se cubrirán hasta el Gasto Usual y Acostumbrado siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante:

1. Laboratorio, gabinete e imagenología.
2. Medicamentos y materiales de curación.
3. Prótesis funcional y equipo ortopédico. Se cubrirán prótesis mamarias y testiculares con un tope máximo de $800.00 dólares (Ochocientos dólares) por cada prótesis sin aplicar deducible ni coaseguro, siempre y cuando sean necesarias a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado.
4. Prótesis funcional biónica: **sólo se cubrirá el primer intento de implementación de este tipo de artefactos.**
5. Renta de cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico indicado para la recuperación del paciente.



6. Gastos originados por consumo de Oxígeno.
7. Estudios de laboratorio que sirvan para diagnosticar una enfermedad amparada.
8. Enfermera fuera del hospital hasta por 30 días y con un máximo de tres turnos por día.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.3.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE GASTOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL

- **Se excluyen las reposiciones de prótesis existentes a la fecha del accidente o enfermedad amparada.**

- **Se excluyen los gastos originados por estudios no relacionados con el diagnóstico de la enfermedad amparada.**

- **Se excluyen las reposiciones de prótesis mamarias y testiculares por cualquier causa.**

7.4 COBERTURA DE TRASPLANTES

Estarán cubiertos los trasplantes de órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado, médula ósea, entre otros, conforme a lo estipulado a continuación:

- Se incluyen los servicios médicos y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, a partir del primer gasto que se efectúe por dicho cultivo.
- Se incluyen los servicios médicos prestados durante el proceso de adquisición del órgano o tejido obtenido de un donante fallecido: remoción, preservación y transporte.
- Se incluyen los servicios médicos prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido.
- En caso de necesitarse un segundo trasplante del mismo órgano (incluyendo médula ósea) sólo se cubrirá el 50% de los gastos amparados para este evento. **No serán cubiertos los intentos subsecuentes de trasplante del mismo órgano.**
- La realización de cualquier trasplante en el extranjero deberá efectuarse a través de prestadores de servicios afiliados a la red médica de Allianz, en caso contrario, se aplicará un Coaseguro del 30% sobre el total de los gastos procedentes.
- **El tope anual de coaseguro para esta cobertura será de $100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.).**



En caso de encontrarse en el extranjero, el Asegurado o Dependiente afectado, deberá dar aviso a Allianz con diez días de anticipación a la fecha de ingreso al hospital o centro de trasplante, para confirmar el padecimiento y autorizar su atención. En caso de urgencia se deberá dar aviso a Allianz en un lapso no mayor a 48 horas posteriores al ingreso al hospital.

De no cumplir con lo establecido en el párrafo anterior, la indemnización se dará vía Reembolso.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.4.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE TRASPLANTE

- **Se excluyen todos los estudios de compatibilidad entre donante y receptor.**
- **Cualquier tratamiento médico o quirúrgico del donante, posterior al evento del trasplante, así como sus complicaciones.**
- **Cualquier trasplante de órgano no humano. Lo anterior incluye pero no se limita a: órganos de otra especie animal, órganos mecánicos, transgénicos o transitorios.**

7.5 TRATAMIENTOS DENTALES

7.5.1 TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTES

Los tratamientos médicos o quirúrgicos maxilofaciales, así como los necesarios para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas, estarán cubiertos, **siempre y cuando sean a consecuencia directa de un accidente y el primer gasto se realice dentro de los primeros treinta días posteriores al accidente.**

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

7.5.2 COBERTURA ALLIANZ DENTAL

En términos generales, los tratamientos dentales cubiertos durante la vigencia de la Póliza, son los siguientes:



Allianz Dental	
Beneficios Dentales	Copagos a cargo del Asegurado
Servicios Básicos (Evaluación Oral y Limpieza)	0%
(Rayos X, Tratamiento de Caries con Amalgamas y Resinas)	20%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	20%
Endodoncias (Remoción de Nervio Dental)	20%
Acceso a precios preferenciales	**No incluído**
Límite anual por persona	$130,000

Esta cobertura y los servicios derivados de la misma, serán otorgados a través de una Compañía Especializada, con la cual Allianz ha celebrado un contrato.

Allianz proporcionará la “Guía de la Cobertura Allianz Dental” en la cual se describen los servicios prestados por la Compañía Especializada, así como el alcance y límites de la cobertura. Esta guía también se encuentra disponible en la página de internet www.allianz.com.mx en la sección “Descarga de Documentos”.

Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la Compañía Especializada al dentista tratante.

Para recibir los tratamientos dentales cubiertos, el Asegurado deberá mostrar una identificación oficial vigente con fotografía.

Esta cobertura aplica exclusivamente en territorio nacional.

7.6 PADECIMIENTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE CUMPLIR CON UN PERIODO DE ESPERA DE 300 DÍAS

En cualquier caso, los siguientes padecimientos quedarán cubiertos si la fecha de inicio del padecimiento y el primer gasto son posteriores a 300 días contados a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado afectado, que se estipula en el Endoso de Antigüedad o en la carátula de la Póliza:

- *Litiasis en vías biliares, Litiasis en vesícula biliar, Litiasis en vías urinarias.*
- *Padecimientos en glándulas mamarias (masculinas o femeninas).*
- *Trastornos del aparato reproductor femenino.*

Sin embargo, en caso de Accidente o Urgencia Médica, no operará el periodo de espera anteriormente señalado.



7.7 PADECIMIENTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE CUMPLIR CON UN PERIODO DE ESPERA DE 600 DÍAS

En cualquier caso, los siguientes padecimientos quedarán cubiertos si la fecha de inicio del padecimiento y el primer gasto son posteriores a 600 días contados a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado afectado, que se estipula en el Endoso de Antigüedad o en la carátula de la Póliza:

- *Xifosis, Lordosis, Escoliosis y cualquier padecimiento de la columna vertebral.*
- *Hemorroides y cualquier otra enfermedad anorectal.*
- *Insuficiencia Venosa.*
- *Enfermedades Acidopépticas.*
- *Hernias Inguinales, Hernias de Disco, Hernias Hiatales, Hernias Umbilicales.*
- *Eventraciones causadas por intervenciones quirúrgicas practicadas fuera de la vigencia de la Póliza.*
- *Padecimientos en Amígdalas y Adenoides.*
- *Enfermedades prostáticas.*
- *Artritis reumatoide.*
- *Tratamiento para corregir Hallux Valgus (dentro de los límites establecidos en el punto 7.7.1).*
- *Padecimientos en Nariz y Senos Paranasales (dentro de los límites establecidos en el punto 7.7.2).*
- *Circuncisión (dentro de los límites establecidos en el punto 7.7.3).*
- *Tratamientos quirúrgicos para corrección de defectos refractivos de la visión (dentro de los límites establecidos en el punto 7.7.4).*
- *Padecimientos Congénitos para no nacidos dentro de la vigencia de la Póliza (dentro de los límites establecidos en el punto 7.7.5).*
- *Padecimientos en rodillas (dentro de los límites establecidos en el punto 7.7.6).*

Sin embargo, en caso de Accidente o Urgencia Médica, no operará el periodo de espera anteriormente señalado.

7.7.1 TRATAMIENTO PARA CORREGIR HALLUX VALGUS

Estará cubierto el tratamiento médico o quirúrgico necesario para corregir Hallux Valgus y sus complicaciones **hasta un monto máximo de $6,000.00 dólares (Seis mil dólares)** por el total del tratamiento, por ambos pies, que incluye pero no se limita a: utilización de aparatos ortopédicos, sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante extracción de una parte del hueso del dedo o mediante la liberación y anclaje de tendones.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.



7.7.2 TRATAMIENTOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES

Los tratamientos médicos o quirúrgicos necesarios para atender lesiones de nariz o senos paranasales a consecuencia directa de un accidente, estarán cubiertos sin periodo de espera, **siempre y cuando el primer gasto se realice dentro de los primeros treinta días posteriores al accidente.**

En caso de enfermedad amparada, los gastos procedentes se cubrirán aplicando un Coaseguro fijo del 50% y sin aplicar Deducible.

El tratamiento, en ambos casos, deberá realizarse a través de Pago Directo con prestadores de servicio en convenio con Allianz.

7.7.3 COBERTURA DE CIRCUNCISIÓN

Se cubrirá el tratamiento de circuncisión **solamente cuando sea estrictamente necesaria en caso de enfermedad del Asegurado**, excepto para el Recién Nacido Sano que cumpla con lo definido en el punto 7.10 Maternidad, de estas Condiciones Generales

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

7.7.4 COBERTURA PARA CORREGIR DEFECTOS REFRACTIVOS DE LA VISIÓN

Se cubrirá el tratamiento necesario para corregir los defectos refractivos de la visión, **siempre y cuando se demuestre mediante un estudio de Optorefractómetro, que la graduación por ojo y por padecimiento es mayor o igual a 5 dioptrías.**

El monto máximo a reembolsar por cada ojo será de $2,000.00 dólares (Dos mil dólares).

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales

7.7.5 COBERTURA DE PADECIMIENTOS CONGÉNITOS PARA NO NACIDOS EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Allianz cubrirá los gastos generados por padecimiento o enfermedad congénita cuando el Asegurado cumpla con todas las siguientes características:

- El Asegurado debe cumplir con un periodo de espera de 600 días contados a partir de su Fecha de Antigüedad en esta Póliza.



- No se haya realizado diagnóstico o tratamiento médico alguno a la fecha de inicio de la cobertura de esta Póliza.
- No se hayan erogado gastos por ningún padecimiento congénito a la fecha de inicio de la cobertura de esta Póliza.
- El padecimiento congénito ha pasado desapercibido por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.
- Si el Asegurado no ha estado cubierto por Allianz o por otra compañía de seguros, en forma ininterrumpida desde su nacimiento hasta su inclusión en esta Póliza, deberá tener al menos 5 años de edad para tener derecho a esta cobertura.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

7.7.6 COBERTURA DE PADECIMIENTOS EN RODILLAS

Los tratamientos médicos o quirúrgicos necesarios para atender lesiones en rodillas a consecuencia directa de un accidente, estarán cubiertos sin periodo de espera, **siempre y cuando se presenten los estudios que corroboren las lesiones y los gastos cubiertos sean tramitados inicialmente por el área de Urgencias del Hospital. Sólo se considerarán accidentes amparados cuando exista fractura, rotura completa de ligamentos o en caso de politraumatizados.**

Los tratamientos médicos o quirúrgicos necesarios para atender padecimientos en rodillas a consecuencia de Enfermedad Amparada, quedarán cubiertos si la fecha de inicio del padecimiento y el primer gasto son posteriores a 600 días contados a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado afectado, que se estipula en el Endoso de Antigüedad o en la carátula de la Póliza.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

7.8 COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Los padecimientos preexistentes que sean declarados al momento de llenar el cuestionario médico de la Póliza, podrán quedar amparados si la fecha de atención del padecimiento es posterior a 1,095 días contados a partir de la Fecha de Alta del Asegurado afectado, siempre y cuando los padecimientos sean catalogados, mediante un Endoso, como Exclusiones Temporales por el área de Selección de Riesgos y no se hayan erogado gastos médicos durante dicho periodo de espera.

Los padecimientos que ocurran dentro del periodo de espera descritos en los puntos 7.6 y 7.7 de estas Condiciones Generales y que sean declarados una vez conocido el diagnóstico, serán revisados por el área de Selección de Riesgos para que, en su caso, se determinen las condiciones en que serán cubiertos, mediante un Endoso de aceptación específico.



Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** *de estas Condiciones Generales.*

7.9 TRATAMIENTO CONTRA VIH Y SIDA

Se cubrirán los estudios y el tratamiento necesario que requiera el Asegurado afectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), después de haber cumplido con un periodo de espera de 1,460 días contados a partir de la Fecha de Alta del Asegurado, **siempre y cuando el diagnóstico mediante los estudios serológicos de Elisa y Western Blot sean positivos y posteriores al periodo de espera.**

La suma asegurada será la de la cobertura básica, que aparece en la carátula de póliza. Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto 10.4 Coaseguro de estas Condiciones Generales.

El Tope Anual de Coaseguro será de $100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.) para esta cobertura

7.10 BENEFICIO POR MATERNIDAD

Las siguientes coberturas establecidas en los puntos 7.10.1, 7.10.2 y 7.10.3, se otorgarán **siempre y cuando, a la fecha esperada del nacimiento, la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura ininterrumpida, contada a partir de su Fecha de Alta en esta Póliza.**

Para el Recién Nacido cuya alta sea reportada a Allianz dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento y cumpla con el párrafo anterior, no estará sujeto a los periodos de espera establecidos en los puntos 7.6 y 7.7 Padecimientos Cubiertos Después de Cumplir con un Periodo de Espera.

7.10.1 MATERNIDAD Y RECIÉN NACIDO SANO

La presente cobertura se otorgará sólo para pólizas cuyo deducible contratado sea menor o igual a $70,000.00 pesos (Setenta mil pesos 00/100 M.N.) y serán elegibles aquellas mujeres entre los 15 y 44 años de edad cumplida a la fecha de inicio de vigencia de la presente Póliza.

Las condiciones de Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Plan y Zona de Tarifa para esta cobertura serán las que corresponda a la vigencia de la póliza en la cual ocurra el inicio del embarazo, mismo que se determinará mediante la Fecha de la Última Menstruación (FUM) de la madre.



La Suma Asegurada de este beneficio no se reinstalará para un mismo evento en caso de presentarse la renovación de la Póliza y dependerá del tiempo de cobertura ininterrumpida de la madre en una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual de Allianz, contado a partir de su Fecha de Alta en la póliza.

La Suma Asegurada de este beneficio se encuentra especificada en la Cláusula de Maternidad y Recién Nacido Sano anexa a la carátula de la Póliza.

Para las mujeres entre los 15 y 44 años de edad:

a) La Suma Asegurada para el primer año de cobertura ininterrumpida de la madre será igual al monto fijo especificado en la Cláusula de Maternidad y Recién Nacido Sano anexa a la carátula de la Póliza.

b) La Suma Asegurada para el segundo año de cobertura ininterrumpida de la madre será igual al monto fijo especificado en la Cláusula de Maternidad y Recién Nacido Sano anexa a la carátula de la Póliza, el cual será en todos los casos, mayor al del primer año.

c) La Suma Asegurada para el tercer año y en adelante de cobertura ininterrumpida de la madre será igual a la Suma Asegurada de la cobertura básica, sujeta a las características del Gasto Usual y Acostumbrado.

Para los casos donde el beneficio tiene una Suma Asegurada fija, incisos a) y b), ésta se pagará en un esquema indemnizatorio, para lo cual será necesario presentar el ultrasonograma e informe médico que demuestre que el producto tiene al menos 28 semanas de gestación.

Para los casos donde el beneficio tiene como Suma Asegurada la misma de la cobertura básica, inciso c), ésta se pagará de la siguiente forma:

- Se pagará en esquema indemnizatorio la suma asegurada correspondiente al segundo año de cobertura ininterrumpida de la madre en la póliza, cuando el producto tenga 28 semanas de gestación, lo cual deberá comprobarse mediante ultrasonograma e informe médico.
- Una vez ocurrido el nacimiento, el asegurado podrá presentar vía reembolso los comprobantes, que cumplan con los requisitos fiscales vigentes, que correspondan a los gastos realizados, a los cuales siempre se aplicará el tabulador para honorarios médicos, deducible y el coaseguro contratados en la cobertura básica (establecidos en la carátula de la póliza), aplicando las penalizaciones correspondientes por plan y zona en caso de que procedan, así como el criterio de reducción de coaseguro definido en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales. Si la cantidad resultante es mayor al monto al que se refiere el punto anterior, se reembolsará la diferencia.
- Los gastos elegibles en esta cobertura incluyen: una consulta mensual, dos ultrasonogramas (para todo el embarazo), estudios de laboratorio prequirúrgicos, así como los gastos correspondientes a la terminación del embarazo por Parto Eutócico (normal) o Cesárea y los gastos del Recién Nacido Sano, los cuales son: la estancia y cuidados rutinarios de cunero durante la estancia de la madre en el hospital, el pediatra que asista el parto, circuncisión, perforación de pabellón auricular y el tamiz neonatal. **No quedarán cubiertos los gastos como:**



fotografías, videos, complementos nutricionales, fórmulas lácteas, vitaminas o similares y gastos personales.

7.10.2 COMPLICACIONES DE EMBARAZO

Gastos derivados por complicaciones de embarazo, parto y puerperio:

1. La intervención quirúrgica realizada con motivo de embarazo extrauterino **(indispensable presentar ultrasonografía)**.
2. Toxicosis gravídica y eclampsia.
3. Mola hidatiforme o embarazo anembriónico **(indispensable presentar estudio histopatológico y ultrasonografía). No aplica pago directo para esta complicación.**
4. Puerperio patológico, que incluye, pero no se limita a Dehiscencia de la Perineorrafia y Dehiscencia de Herida Quirúrgica de Cesárea.
5. Alteraciones placentarias **(indispensable presentar ultrasonografía)**.
6. Atonía Uterina.

La Suma Asegurada para este beneficio será la especificada en la carátula de la póliza, se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

La Suma Asegurada para el resto de las complicaciones de embarazo será la correspondiente al beneficio 7.10.1 Maternidad y Recién Nacido Sano.

7.10.3 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO

Se cubren los nacimientos prematuros así como los padecimientos congénitos ya sea con tratamientos in-útero **(si claramente ofrece un mejor pronóstico que otros tratamientos)** o al nacimiento.

La Suma Asegurada para este beneficio será la especificada en la carátula de la póliza, se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

Es necesario dar de alta al recién nacido dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, mediante la obligación del pago de la prima correspondiente. La inclusión de estos Dependientes sin requisitos de salud será siempre y cuando, a la fecha esperada del nacimiento, la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura ininterrumpida, contada a partir de su Fecha de Alta en esta póliza y no estará supeditada a que el evento de maternidad haya estado cubierto conforme a las condiciones establecidas en la presente póliza, por la limitante en la edad de la madre.

En caso de presentarse prematurez, todas las alteraciones resultantes de este acontecimiento serán consideradas como un solo evento.



7.11 COBERTURA DE DAÑO PSICOLÓGICO

Allianz otorgará esta cobertura cuando un médico de primer contacto y un psicólogo diagnostiquen tratamiento psicológico a consecuencia de que ocurra, dentro de la vigencia de la Póliza, alguno de los siguientes eventos:

a) Cuando el Asegurado haya sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de esta Póliza y haya precisado atención en el área de Terapia Intensiva de cualquier hospital.

b) Cuando al Asegurado se le haya diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades, **siempre y cuando se encuentre cubierta por las condiciones de esta Póliza:**

- Cáncer.
- VIH Positivo o SIDA.
- Accidente Vascular Cerebral.
- Infarto al miocardio.
- Insuficiencia renal.
- Intervención quirúrgica de las arterias coronarias o de tórax abierto.

c) Cuando el Asegurado haya sido víctima de los delitos abajo citados, previa presentación de copia certificada del acta de denuncia ante el Agente del Ministerio Público:

- Asalto.
- Secuestro.
- Violación.

Los gastos amparados por esta cobertura son:

- Honorarios del psicólogo por un máximo de 24 consultas durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta psicológica del evento que les da origen.
- Todos los medicamentos necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psicológica del evento que les da origen.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana y se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.11.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE DAÑO PSICOLÓGICO



1. **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un accidente con las características señaladas en el inciso a) o una enfermedad mencionada en el inciso b) o un delito mencionado en el inciso c), descritos anteriormente.**

2. **Tratamiento psicológico a causa de padecimientos preexistentes o sus secuelas.**

3. **Tratamiento psicológico a causa de accidentes que no hayan necesitado tratamiento en Terapia Intensiva de algún hospital.**

4. **Los complementos posteriores al término del año de cobertura a partir de la primera consulta del último evento que le dio origen.**

5. **Los honorarios del Psicólogo y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría y/o Psicología o cédula vigente para el ejercicio de la Especialidad de Psiquiatría y/o Psicología.**

6. **Cualquier tratamiento que no se encuentre avalado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría y/o Psicología.**

7. **Rehabilitación cognoscitiva, que incluye pero no se limita a: readaptación social, familiar, al medio ambiente.**

7.12 COBERTURA DE TERAPIA DE LENGUAJE Y APRENDIZAJE

Allianz otorgará esta cobertura cuando el médico tratante con especialidad en Neurología y el profesional en Terapia de la Comunicación Humana o en Neurolingüística, diagnostiquen que es necesario que el Asegurado reciba terapia de lenguaje y/o aprendizaje a consecuencia de:

a) Padecimientos congénitos para hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, que hayan sido dados de alta en los primeros 30 días de su nacimiento.

b) Secuelas y complicaciones de padecimientos o accidentes amparados por la Póliza.

El monto máximo de Suma Asegurada por evento para esta cobertura será de $120,000.00 pesos (Ciento veinte mil pesos 00/100 M.N.) y aplicará únicamente vía Reembolso.

Para esta cobertura es indispensable presentar en cada trámite el informe de asistencia, especificando tipo de terapia y avances.



Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9.Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.12.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE TERAPIA DE LENGUAJE Y APRENDIZAJE

1. Terapias de lenguaje y aprendizaje a consecuencia de padecimientos psiquiátricos y/o psicológicos y/o trastornos de la conducta.

2. Los honorarios del terapeuta que no cuente con acreditación profesional (licenciatura o estudios de posgrado) para desempeñar su actividad.

7.13 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Allianz ofrece al Asegurado, sin costo alguno y sin que esto represente una responsabilidad ineludible, una segunda opinión médica para confirmar cualquier evento quirúrgico con médicos especialistas afiliados a Allianz, que de ninguna manera participarán en la cirugía. **Para obtener este beneficio será necesario tener un siniestro abierto y se deberá contactar a Allianz a través del Agente de Seguros.**

7.14 DEPORTES Y ACTIVIDADES PELIGROSAS INCLUIDAS

Se cubren los gastos médicos erogados a consecuencia de accidentes o lesiones derivadas de la práctica no profesional, recreativa y ocasional de deportes y actividades peligrosas, que incluyen pero no se limitan a:

a) Deportes de carácter formativo que se practican a edades tempranas con el fin de desarrollar las capacidades motrices y funcionales, así como los deportes recreativos y de salud que buscan optimizar el bienestar y la calidad de vida, tales como:

- Artes marciales: aikido, hapkido, jiu jitsu, judo, karate, kung fu, sumo, tae kwon do, budo, kali, jendo y kobudo.
- Deportes de conjunto: baloncesto, fútbol soccer, fútbol americano, béisbol, hockey, voleibol y waterpolo.
- Deportes Individuales: golf, tenis, squash, atletismo, ciclismo y gimnasia.

b) Actividades que realice el Asegurado cuando se encuentre de vacaciones, tales como: Rapel, tirolesa, espeleología, parapente, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, salto tándem, viaje en globo aerostático, paseo a caballo, ciclismo de montaña, buceo, rafting, esquí acuático y esquí en nieve, siempre y cuando estas actividades sean realizadas bajo la supervisión de un instructor.

c) Actividades ocasionales en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, cuando hayan sido rentados con fines recreativos o vacacionales.

d) Actividades ocasionales en motos acuáticas, jet ski, wave runner u otros vehículos acuáticos de motor similares, cuando hayan sido rentados con fines recreativos o vacacionales.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

7.15 AMBULANCIA AÉREA VÍA REEMBOLSO

Allianz cubrirá los servicios de ambulancia aérea Vía Reembolso **en aquellos casos de URGENCIA MÉDICA derivada de una enfermedad o accidente cubierto**, en donde sea indispensable el traslado por personal especializado para su atención médica adecuada.

El servicio de ambulancia aérea se otorgará sólo en las siguientes circunstancias:

- **En el caso que el Asegurado se encuentre a más de 70 Km. del centro de atención más cercano y no existan vías de comunicación terrestres que permitan el traslado adecuado del Asegurado.**
- **Cuando en la localidad u hospital donde se encuentre el Asegurado no cuente con los recursos indispensables para la adecuada atención y el traslado sea absolutamente necesario para evitar que se ponga en riesgo la vida, la viabilidad de alguno de sus órganos o la integridad corporal del Asegurado.**

El beneficio máximo para la cobertura de ambulancia aérea será de $15,000 dls (Quince mil dólares) y operará únicamente vía Reembolso.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

7.16 ASISTENCIA EN VIAJES

Allianz ofrece los siguientes servicios si el Asegurado requiere atención médica por una urgencia médica cubierta por la Póliza y se encuentra a más de 70 kilómetros de



su lugar de residencia permanente. **Estos servicios operarán exclusivamente vía reembolso.**

a) Gastos de hospedaje del Asegurado que fue atendido por la urgencia médica, cuando por prescripción del médico tratante, deba permanecer en la ciudad donde fue atendido por la urgencia médica después de que se haya estabilizado la condición de urgencia médica y siempre que esta urgencia haya sido amparada por esta Póliza.

   i. Se pagará hasta el equivalente a $125.00 dls.(Ciento veinticinco dólares) diarios, **durante un periodo máximo de 20 días, y sólo se cubrirá un caso durante la vigencia de la Póliza.**

b) Gastos de hospedaje de un familiar, cuando por prescripción del médico tratante el Asegurado, que fue atendido por urgencia médica, deba permanecer en la ciudad donde fue atendido por la urgencia médica y siempre y cuando esta urgencia haya sido amparada por esta Póliza.

   i. Se incluyen los gastos de hospedaje de un familiar en primer grado, en caso de que se encontrare de viaje con el familiar afectado, o bien, se hubiere trasladado conforme al siguiente inciso c).
   ii. Se pagará hasta el equivalente a $125.00 dls.(Ciento veinticinco dólares) diarios, **durante un periodo máximo de 20 días, y sólo se cubrirá un caso durante la vigencia de la Póliza.**

c) Gastos de traslado de un familiar en primer grado, cuando por prescripción del médico tratante el Asegurado, que fue atendido por urgencia médica, deba permanecer hospitalizado o en convalecencia por más de 5 días en la ciudad donde fue atendido por la urgencia médica y siempre y cuando esta urgencia haya sido amparada por esta Póliza. El traslado podrá efectuarse por el medio más rápido disponible. **Se cubre únicamente un caso por vigencia con un límite de $1,000.00 dls. (Mil dólares) en territorio nacional y $4,000.00 dls. (Cuatro mil dólares) en el extranjero.**

d) En caso de fallecimiento, traslado del cadáver hasta el lugar que hubiere sido su residencia permanente, o bien, inhumación en el lugar donde ocurrió el deceso. Asimismo, si se viajaba con menores de edad incluidos en esta Póliza y no hubiere un adulto responsable, Allianz se encargará del regreso de los menores a su lugar de residencia permanente y enviará a un acompañante para asistirlos durante el traslado.

   i. Para el traslado del cadáver, o bien, inhumación en el lugar del fallecimiento, el límite será de $2,000.00 dls (Dos mil dólares) en territorio nacional y $12,000.00 dls (Doce mil dólares) en el extranjero.
   ii. Para el regreso de menores al lugar de residencia permanente el límite será de $1,000.00 dls. (Mil dólares) en territorio nacional y $4,000.00 dls. (Cuatro mil dólares) en el extranjero por cada uno, con un límite de dos menores.



e) Gastos dentales de emergencia en el extranjero: si se presentan problemas graves que requieran de tratamiento odontológico de emergencia, Allianz tramitará el Pago Directo de los gastos por este concepto. **Cubre un caso al año hasta por $1,000.00 dls. (Mil dólares).**

Para esta cobertura, no aplican Deducible ni Coaseguro contratados.

7.17 URGENCIAS MÉDICAS DE PADECIMIENTOS NO CUBIERTOS

Se cubren, **sólo en territorio nacional**, los gastos originados a causa de cualquier urgencia médica derivada de la complicación de los tratamientos o estudios de prevención que se enlistan a continuación; hasta la estabilización o control de la condición patológica o traumática del paciente o el agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:

a) Tratamientos de carácter estético y para la calvicie.

b) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos para la obesidad, reducción de peso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.

c) Tratamientos para el control de la infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.

d) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.

e) Estudios de prevención: exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud, conocidos como check-ups.

f) Vacunas.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de $135,000.00 pesos (Ciento treinta y cinco mil pesos 00/100 M.N.) en cualquier caso.

En caso de que no se trate de una urgencia médica prevalecen las condiciones de la cobertura básica, en la cual están excluidos.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.17.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE URGENCIAS MÉDICAS DE PADECIMIENTOS NO CUBIERTOS

Se excluyen los conceptos descritos en los incisos”a)” al “e)” que sean



preexistentes a la contratación de esta Póliza.

7.18 SERVICIO 911 ALLIANZ

Allianz ofrece en territorio nacional mediante esta cobertura, el servicio de consulta médica a domicilio en ambulancia terrestre en caso de urgencia médica, de acuerdo con lo siguiente:

a) En caso de ser necesario conforme al dictamen médico, el servicio incluye el traslado del Asegurado en ambulancia terrestre al Hospital o Sanatorio más cercano, que tenga convenio con Allianz.

b) **Los servicios se limitarán a dos eventos por año por Asegurado sin costo alguno.** A partir del tercer servicio, el Asegurado podrá solicitarlo a costos preferenciales, bajo el entendido de que el servicio quedará a cargo del Asegurado, sin costo por la coordinación y logística de los servicios.

c) En caso de mujeres embarazadas, este servicio se otorgará **siempre y cuando se solicite dentro de los primeros seis meses de embarazo.** En el periodo de los 90 días anteriores a la fecha probable de parto, se podrá solicitar a cargo del Asegurado con costos preferenciales.

d) En caso de internamiento hospitalario, el Asegurado deberá realizar el reporte al Call Center de Allianz para que dé inicio el procedimiento normal de Pago Directo.

Importante

Para hacer uso de este servicio se debe marcar al 01-800-911-Allianz (01-800-911-2554).

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9.Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.18.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DEL SERVICIO 911 ALLIANZ

Este servicio no aplica si se solicita a consecuencia de:

- **Cualquier situación que no sea considerada una urgencia médica.**
- **Enfermedades psiquiátricas o psicológicas de cualquier tipo.**
- **Situaciones de urgencia médica estando de viaje o vacaciones del Asegurado en contra de la prescripción de su médico.**

7.19 COBERTURA DE DISCAPACIDAD

Esta cobertura ampara los gastos derivados de la atención médica, programas de

rehabilitación, terapias rehabilitadoras y servicios médicos adicionales que requiera el asegurado para la atención de alguna discapacidad causada por accidentes o enfermedades cubiertas por la póliza.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto 10.4 Coaseguro de estas Condiciones Generales.

Considerando las siguientes especificaciones:

1. Las terapias físicas, de acuerdo al punto 7.2 Servicios Médicos, inciso b.1.
2. Tratamientos quiroprácticos, de acuerdo al punto 7.2 Servicios Médicos, inciso b.3.
3. Terapias de lenguaje, de acuerdo al punto 7.12 Cobertura de Terapia de Lenguaje y Aprendizaje
4. Terapias de apoyo, de acuerdo al punto 7.11 Cobertura de Daño Psicológico
5. Prótesis funcional y equipo ortopédico, de acuerdo al punto 7.3 Gastos Dentro o Fuera del Hospital, inciso 3.
6. Prótesis funcional biónica, de acuerdo al punto 7.3 Gastos Dentro o Fuera del Hospital, inciso 4.
7. Renta de cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico indicado para la recuperación del paciente, de acuerdo al punto 7.3 Gastos Dentro o Fuera del Hospital, inciso 5.
8. Enfermera, de acuerdo al punto 7.3 Gastos Dentro y Fuera del Hospital, inciso 8.
9. Ambulancia Terrestre para traslados en casos de que la condición del paciente la requiera debido a la discapacidad médicamente justificada, sujeta en cada caso a dictamen de la Aseguradora.

7.20 ALLIANZ SUPPORT

A través de este programa voluntario, en caso de ser necesario conforme al dictamen médico de la Aseguradora y de acuerdo a las Condiciones Generales, Allianz brinda orientación y seguimiento integral en caso de padecimientos y enfermedades crónicas y de alto costo, cuando ya se cuente con un diagnóstico, se haya iniciado tratamiento o terapia y tenga un siniestro abierto y procedente en Allianz, por el tiempo que requiera el tratamiento. Entre los padecimientos que se consideran se encuentran:

- Crónicos y Crónico-Degenerativos
- Oncológicos: Cáncer
- Cardiológicos y Cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardiaca y Cardiopatía Isquémica
- Ortopédicos: Rodilla, Cadera, Columna, Hombro y Politraumatismo



El programa consiste en:

- Atención personalizada por parte del Área de Case Management
- Opciones para llevar a cabo su tratamiento médico con proveedores de la red
- Home care, medicamentos a domicilio y realización de estudios
- Apoyo en trámites y servicios

7.21 CIRUGÍA ROBÓTICA

Estará cubierta la cirugía asistida por robot para los siguientes procedimientos quirúrgicos, siempre y cuando el diagnóstico sea cáncer:

- Prostatectomía
- Histerectomía
- Nefrectomía
- Colectomía

Para cualquier procedimiento distinto a los listados y que esté autorizado para uso de Robot, se aplicará un coaseguro adicional del 20% sobre el total de la cuenta, independientemente del coaseguro contratado.

Deberá realizarse a través de Cirugía Programada en Hospitales en convenio con Allianz.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales

8. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

Por medio de la obligación de la Prima correspondiente, podrán contratarse las siguientes coberturas:

8.1 COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

En caso de un accidente amparado, se eliminará o reducirá el deducible de acuerdo con lo siguiente:

a) Si el deducible contratado es menor o igual a $70,000.00 pesos (Setenta mil pesos 00/100 M.N.), se eliminará el deducible contratado en caso de que el Asegurado sufra algún accidente amparado.



b) Si el deducible contratado es mayor a $70,000.00 pesos (Setenta mil pesos 00/100 M.N.), y menor o igual a $220,000.00 pesos (Doscientos veinte mil pesos 00/100 M.N.).

   i. Ci. Cuando los gastos cubiertos a consecuencia de un accidente amparado sean menores o iguales a $70,000.00 pesos (Setenta mil pesos 00/100 M.N.), no se aplicará deducible ni coaseguro.

   ii. Cuando los gastos cubiertos a consecuencia de un accidente amparado sean mayores a $70,000.00 pesos (Setenta mil pesos 00/100 M.N.), el deducible a aplicar en la indemnización será el resultado de descontar $70,000.00 pesos (Setenta mil pesos 00/100 M.N.) al deducible contratado. El monto máximo por concepto de deducible que estará a cargo del Asegurado será de $150,000.00 pesos (Ciento cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).

Cuando el gasto procedente a consecuencia de un accidente amparado sea superior al deducible contratado, se aplicará el coaseguro contratado a los gastos que excedan el monto del deducible, así como las penalizaciones correspondientes cuando éstas apliquen.

Esta cobertura aplica una vez para cada accidente amparado, por lo que el beneficio contratado para esta cobertura se reinstalará sin costo en caso de presentarse otro evento.

Esta cobertura únicamente aplicará para pólizas cuyo deducible sea menor o igual a $220,000.00 pesos (Doscientos veinte mil pesos 00/100 M.N.). Si el deducible es mayor, en ningún caso se eliminará ni reducirá el deducible en caso de accidente.

8.2 COBERTURA DE DINERO EN EFECTIVO POR HOSPITALIZACIÓN

Por medio de esta cobertura se indemnizará al Asegurado con el pago de la Suma Asegurada diaria que se estipula en la carátula de la presente póliza, en caso de que el Asegurado requiera de una hospitalización **a causa de una enfermedad o accidente amparado.**

Esta cobertura aplica después de las primeras 72 hrs. continuas de hospitalización, una vez transcurrido este periodo de espera, Allianz empezará a cubrir la renta diaria contratada mientras continúe hospitalizado, con responsabilidad máxima de 15 días de indemnización por padecimiento.

No aplican deducible ni coaseguro para esta cobertura.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9.Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:



8.2.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE DINERO EN EFECTIVO POR HOSPITALIZACIÓN

En ningún caso procederá esta cobertura si la hospitalización se debe a los siguientes eventos:

- **a) Parto Eutócico (Normal) o Cesárea y complicaciones de embarazo.**
- **b) Atención de padecimientos preexistentes.**
- **c) Atención de padecimientos excluidos en las Exclusiones Generales de esta póliza.**
- **d) Cualquier Hospitalización menor o igual a 72 hrs. de duración.**

8.3 COBERTURA DE GARANTÍA DE CONVERSIÓN

Por medio de esta cobertura, Allianz otorga el derecho al Asegurado Titular y/o cualquiera de sus Dependientes, de reducir el Deducible de la presente Póliza, siempre y cuando haya dejado de pertenecer a una Póliza de seguro colectivo de Gastos Médicos, haya transcurrido un periodo continuo mayor a 6 meses contados a partir de su Fecha de Alta en esta cobertura, y que la solicitud de la modificación sea presentada dentro de los 60 días posteriores a haber dejado de pertenecer a dicha Póliza de seguro colectivo.

Para esta modificación, no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad o cuestionario médico, sin importar el estado de salud y la edad alcanzada de los Asegurados. Las Primas que se utilizarán serán las mismas que se apliquen a cualquier Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar con el Deducible correspondiente, sin aplicar Extraprima alguna.

En caso de que exista un periodo mayor a 60 días naturales donde el Asegurado Titular y/o alguno de sus Dependientes, no haya formado parte de una Póliza de seguro colectiva de Gastos Médicos y no haya solicitado el derecho que otorga la presente cobertura de Garantía de Conversión a Allianz, perderá todos los derechos que ampara esta cobertura y la misma quedará sin efecto.

Siniestros Complementarios

La Garantía de Conversión continuará dando cobertura a los Accidentes o Enfermedades cuyo inicio y primer gasto médico ocurran con posterioridad a la contratación de esta cobertura y hayan sido amparados en la Póliza de seguro colectivo de Gastos Médicos. Los gastos médicos amparados serán aquellos incurridos durante la vigencia del presente Contrato y que se hayan erogado con posterioridad a la solicitud de modificación del Deducible, conforme a los límites en los servicios y condiciones de cobertura establecidos en la Póliza de seguro colectivo de Gastos Médicos.



Esta cobertura únicamente podrá contratarse para Pólizas cuyo Deducible sea mayor a $220,000.00 pesos (Doscientos veinte mil pesos 00/100 M.N.).

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

8.3.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE GARANTÍA DE CONVERSIÓN

La Garantía de Conversión, en ningún caso cubre los gastos médicos de Accidentes o Enfermedades que se originaron por cualquiera de las siguientes causas:

1. **Los Accidentes o Enfermedades que hayan sido rechazados en la Póliza de seguro colectivo de Gastos Médicos.**

2. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas, aún aquellas que sean consideras como urgencia médica.**

3. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones que se hayan presentado antes de la fecha de contratación de esta cobertura y no se hayan declarado en la solicitud correspondiente.**

4. **Cualquier gasto médico que se haya incurrido en la vigencia de la Póliza de seguro colectivo de Gastos Médicos.**

8.4 COBERTURA DE URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

En caso de que el Asegurado sufra una urgencia médica estando de viaje en el extranjero, todo gasto que se origine para controlar la situación de emergencia se cubrirá hasta por la Suma Asegurada y con el Deducible que a continuación se indica, sin aplicar Coaseguro:

Plan Internacional - $100,000 dls. (Cien mil dólares) con Deducible de $100 dls. (Cien dólares).

Después de haber sido controlada la situación de emergencia o de haberse agotado la suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra

primero; para dar continuidad a la atención médica, se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente a la cobertura básica.

Como parte de esta cobertura, quedarán amparadas, exclusivamente por reembolso, un máximo de dos consultas médicas por póliza, por vigencia, con un tope de $400 dólares (Cuatrocientos dólares) cada una, para la atención de padecimientos en los que no sea indispensable acudir al área de urgencias de un hospital.

Esta cobertura únicamente podrá contratarse para pólizas cuyo Deducible sea menor o igual a $220,000 pesos (Doscientos veinte mil pesos 00/100 M.N.).

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

8.4.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

En ningún caso se cubrirán gastos por urgencias en el extranjero por:

- **a) Parto Eutócico (Normal) o Cesárea y complicaciones de embarazo.**
- **b) Atención de padecimientos preexistentes.**
- **c) Atención de un accidente o enfermedad ocurrido en la República Mexicana.**
- **d) Tratamientos de rehabilitación en el extranjero.**

8.5 COBERTURA DE PROTECCIÓN FAMILIAR

En caso de que el Asegurado Titular fallezca o se invalide total y permanentemente, **a causa de un accidente o enfermedad amparada ocurrida dentro de la vigencia de esta Póliza**, y que haya ocurrido después de la contratación de esta cobertura opcional, Allianz cubrirá las Primas y fracciones de Primas al descubierto de esta Póliza por un lapso de 5 años contados a partir de la fecha en que se originó cualquiera de los sucesos citados, renovando la Póliza por el mismo periodo de tiempo para todos los Asegurados sobrevivientes.

En caso de que el Asegurado Titular **sea liquidado de su trabajo por causas ajenas a su voluntad y en forma injustificada, dentro de la vigencia de esta Póliza**, Allianz cubrirá las fracciones de Prima al descubierto del contrato vigente que sean posteriores a la fecha del evento, de la misma forma renovará la Póliza en su siguiente año, así como la Prima anual de la siguiente renovación, **siempre y cuando el Asegurado Titular muestre a Allianz lo siguiente:**

- **Copia del contrato con la empresa donde el Asegurado Titular prestaba sus servicios, el cual deberá ser por tiempo indefinido.**
- **Laudo arbitral de la Junta de Conciliación y Arbitraje, debidamente ejecutoriado, en donde se haya decretado el despido como injustificado. La fecha del despido injustificado deberá ser posterior a la fecha de contratación de la cobertura.**
- **Alta y Baja del IMSS.**

En caso de que el Asegurado Titular sea familiar directo de alguno de los accionistas o haya sido socio de la empresa de donde fue liquidado, no procederá esta cobertura.

Para tener derecho a este beneficio, en caso de liquidación laboral, el Asegurado Titular deberá contar con al menos 365 días dentro de esta cobertura, contados a partir de su Fecha de Antigüedad con Allianz.

Las características de las renovaciones que son objeto de este beneficio se llevarán a cabo de acuerdo con lo dispuesto en la cláusula 4.3 Renovación Garantizada. **Cuando se otorgue este beneficio a causa del fallecimiento o invalidez del Asegurado Titular, las pólizas de renovación, objeto de este beneficio, no incluirán la Cobertura de Protección Familiar.**

La cobertura por invalidez, así como la de liquidación laboral, se cancelará en el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado Titular cumpla los 60 años de edad y la protección por fallecimiento se cancelará en el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado Titular cumpla los 70 años de edad.

Todos los beneficios descritos en la presente cobertura aplican siempre y cuando el Asegurado Titular sea mayor de edad.

Esta cobertura únicamente podrá contratarse para pólizas cuyo deducible sea menor o igual a $220,000.00 pesos (Doscientos veinte mil pesos 00/100 M.N.).

8.5.1 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad amparada por este contrato, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante un periodo de 3 meses a partir de la fecha en que se determinó la invalidez total y permanente. En adición a lo anterior, se entenderá que existe una invalidez total y permanente, cuando se origine por pérdidas orgánicas de carácter orgánico funcional.

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez, y no operará el período de espera en: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la

pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio- tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

Para determinar el estado de invalidez total y permanente se requerirá un dictamen de invalidez emitido por un especialista en la materia. Las bases que la Institución de Seguros empleará para considerar que un dictamen tiene plena validez serán las siguientes:

El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, sin perjuicio de que Allianz a través de un médico especialista en la materia pueda solicitar al Titular que se someta a exámenes o a las pruebas que considere necesarias para corroborar la procedencia del dictamen presentado. Además cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, podrá solicitar al Titular comprobar su estado de invalidez total y este siempre será a costa de la Institución. En caso de que el Titular se negara a someterse a alguna de las pruebas mencionadas en este párrafo, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, el caso será evaluado por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente o de la Medicina del Trabajo, que elijan el Asegurado y Allianz de común acuerdo; y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, AIlianz cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del dictamen correrá a cargo de ambas partes en igual proporción y el Asegurado podrá hacer valer sus derechos en términos de lo dispuesto en la cláusula **3.9 Competencia.**

En caso de que la Institución de Seguros determine la improcedencia del dictamen de invalidez emitido por un especialista en la materia, el médico de la Institución de seguros que lo objete deberá ser también un especialista en la materia.

Aunque la enfermedad o accidente provoquen el estado de invalidez y pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, no podrá declinarse el siniestro se dichos tratamientos no están al alcance del asegurado por virtud de cuestiones económicas.

8.6 COBERTURA DE MODIFICACIÓN AL GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA)

Por medio de esta cobertura, se modificará el Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) para honorarios médicos y quirúrgicos de padecimientos cubiertos en territorio nacional, conforme a lo establecido en la carátula de la Póliza.



Opera únicamente para los honorarios quirúrgicos vía Reembolso de los padecimientos cubiertos por la Póliza y que se originen a partir de la fecha de contratación de la presente cobertura adicional.

No se modificará en ningún caso el Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) para padecimientos y eventos cuyo origen sea previo a la contratación de esta cobertura adicional.

8.7 ALLIANZ DENTAL MÁS

De estar mencionada en la carátula de la Póliza, esta cobertura amplía los servicios señalados en la Cláusula 7.5.2 Cobertura Allianz Dental a quedar como se describe a continuación, según el plan contratado:

ALLIANZ DENTAL MÁS	
Beneficios Dentales	Ultra
	Copagos a cargo del Asegurado
Servicios Básicos (Evaluación Oral y Limpieza)	0%
(Rayos X, Tratamiento de Caries con Amalgamas y Resinas)	20%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	20%
Endodoncias (Remoción de Nervio Dental)	20%
Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de Muelas del Juicio y otros procedimientos complejos)	20%
Periodoncia (Tratamiento de la Enfermedad de Encías y Hueso)	20%
Acceso a precios preferenciales	**Incluído**
Límite Anual por Persona	**$130,000**

Allianz proporcionará la “Guía de la Cobertura Allianz Dental Más” en la cual se describen los servicios prestados por la Compañía Especializada, el alcance y límites del plan que se contrate. Esta guía también se encuentra disponible en la página de internet www.allianz.com.mx en la sección “Descarga de Documentos”.

Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la Compañía Especializada al dentista tratante.



Para recibir los tratamientos dentales cubiertos, el Asegurado deberá mostrar una identificación oficial vigente con fotografía.

Esta cobertura aplica exclusivamente en territorio nacional.

8.8 COBERTURA DE DEPORTES Y ACTIVIDADES PELIGROSAS ADICIONALES CON COSTO

Por medio de esta cobertura, a elección del Asegurado, podrán quedar amparadas las lesiones originadas por la práctica no profesional de los siguientes deportes y actividades peligrosas que sean realizadas con una frecuencia mayor a tres veces al año:

GRUPO A Equitación, deportes náuticos, windsurf, kitesurf, buceo, espeleología, rafting, rapel, tirolesa.

Además, se amparan las lesiones sufridas por el Asegurado cuando viaje como pasajero de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros, **siempre y cuando no viaje más de 50 horas al año.**

GRUPO B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia (más las actividades del grupo A).

GRUPO C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo, viaje en globo aerostático (más las actividades de los grupos A y B).

El grupo de actividades elegido para cada Asegurado, así como las exclusiones correspondientes, quedarán establecidos en la cláusula denominada «Cobertura de Deportes y Actividades Peligrosas Adicionales con Costo».

La Suma Asegurada para esta cobertura será igual a la Suma Asegurada de la Cobertura Básica (establecida en la carátula de la Póliza).

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

8.9 COBERTURA DE ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura la podrán contratar los Asegurados que deseen realizar estudios en el extranjero y que cuenten con al menos 360 días, contados a partir de su fecha de alta, en una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual de Allianz.



Por medio de la contratación de este beneficio, Allianz cubrirá los gastos originados en el extranjero por accidentes o enfermedades que sufra el Asegurado que contrate la presente cobertura, durante el periodo indicado en la cláusula correspondiente, ampliando el plazo señalado en el punto **3.11 Residencia.**

La Suma Asegurada para esta cobertura será la suma asegurada contratada en la cobertura básica.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el punto 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

8.9.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO

Fuera del territorio nacional, queda excluido lo siguiente:

- **a) Los beneficios establecidos en el punto 7.10 Beneficio por Maternidad de estas Condiciones Generales.**
- **b) Atención de padecimientos preexistentes.**
- **c) Atención de un accidente o enfermedad ocurrido en la República Mexicana.**
- **d) Tratamientos de rehabilitación en el extranjero.**

8.10 COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

En caso de ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados con un año o más de edad, **a consecuencia de cualquier accidente o enfermedad amparada**, que haya ocurrido después de la contratación de esta cobertura opcional, Allianz pagará la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza, conforme a lo siguiente:

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el Asegurado designa como beneficiario a la persona que presente a Allianz el acta de defunción correspondiente y las facturas que acrediten los gastos erogados. Las facturas deberán estar a nombre de dicha persona.
- b) En caso de fallecimiento de cualquiera de los Dependientes, los Asegurados designan como beneficiario al Asegurado Titular. El pago de la Suma Asegurada se realizará únicamente presentando el acta de defunción correspondiente.

En ningún caso el pago podrá exceder la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de existir algún remanente después de haber cubierto los gastos comprobados mediante factura, éste se entregará de acuerdo con lo estipulado en los incisos a) o b) según corresponda.

En caso de Asegurados menores de 12 años, la Suma Asegurada contratada no podrá exceder los 60 UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual) en la fecha de pago.

No aplican Deducible ni Coaseguro en esta cobertura.

8.11 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EN VIAJES AÉREOS

Por medio de esta cobertura Allianz pagará a los Beneficiarios designados por el titular, la cantidad que se presenta en la carátula de esta Póliza en caso de que el Asegurado fallezca en un accidente ocurrido al viajar como pasajero en un avión comercial, **dentro de un lapso no mayor a 180 días contados a partir de la fecha del accidente.**

Para los efectos de esta cobertura se considerarán incluidos los accidentes que se produzcan en el acto de abordar o descender de la aeronave y se entenderá como avión comercial al operado por una empresa de transporte público, sobre una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.

Esta cobertura sólo aplica para Asegurados con edad de 12 años o más.

No aplican Deducible ni Coaseguro en esta cobertura.

8.12 COBERTURA DE REDUCCIÓN DE TOPE DE COASEGURO ANUAL

Por medio de esta cobertura, se reducirá 50% el tope de coaseguro anual estipulado en el punto 10.4 Coaseguro de estas Condiciones Generales.

Esta cobertura únicamente podrá contratarse para pólizas cuyo deducible sea menor o igual a $220,000 pesos (Doscientos veinte mil pesos 00/100 M.N.).

8.13 COBERTURA ALLIANZ WORLD CLASS

Por medio de esta cobertura, el Asegurado Titular y/o sus Dependientes tendrán acceso a la cobertura de Urgencias en el Extranjero.

Adicionalmente, esta cobertura ofrece los siguientes beneficios:

1. Acceso a un cuarto de nivel inmediatamente superior al Privado Estándar, siempre que el hospital cuente con dicha instalación y la habitación se encuentre

disponible. Asimismo, **el hospital de atención debe pertenecer a la Red de Hospitales de Allianz.**

2. Paquete de Admisión, **sólo dentro de la República Mexicana.**
3. Pago Directo Inmediato de siniestros procedentes (Trámite en 24 hrs.).
4. Call Center Exclusivo para Clientes World Class.
5. Opción de traslado al domicilio del Asegurado afectado en ambulancia terrestre una vez que éste haya sido dado de alta del hospital, **cuyo costo reembolsará Allianz con un tope de $3,500.00 (Tres mil quinientos pesos 00/100 M.N.).**

Esta cobertura aplicará solamente a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada por este contrato.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza), así como los criterios de reducción de coaseguro definidos en el punto **10.4 Coaseguro** de estas Condiciones Generales.

Esta cobertura únicamente podrá contratarse para Pólizas cuyo Deducible sea menor o igual a $220,000 pesos (Doscientos veinte mil pesos 00/100 M.N.).

9. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubre los gastos médicos que se originen por:

1. **Cualquier enfermedad cuyo primer gasto se presente dentro de los primeros treinta días de vigencia de la Póliza, salvo los casos de urgencias médicas de enfermedades no preexistentes, así como accidentes. Esta exclusión no aplica para renovaciones o para Pólizas que cuenten con Endoso de antigüedad.**

2. **Lesiones del Asegurado, que se produzcan por participar en servicio militar, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones, actos de guerra, terrorismo, rebelión o insurrección.**

3. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en los apartados 7.5 y 7.17 y 8.7.**

4. **Tratamiento médico o quirúrgico que requiera el Asegurado cuando se originen a consecuencia del uso de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso.**

5. Todas las secuelas y complicaciones derivadas del uso de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier otra sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso.

6. Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de accidentes que resulten por culpa grave de éste, al encontrarse bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. El sólo hecho de ser responsable del accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará culpa grave. La utilización de estas sustancias se determinará mediante estudios periciales que incluyen pero no se limitan a estudios toxicológicos, actuaciones del Ministerio Público completas y/o mediante documentos en los que se deje constancia de uso de dichas sustancias.

7. Lesiones sufridas por acciones realizadas por el Asegurado, cuando exista culpa grave o negligencia inexcusable. Lo anterior incluye, pero no se limita a: lesiones derivadas de actos delictivos en los cuales participe el Asegurado.

8. Tratamientos de reposo o descanso, exámenes médicos generales, tratamientos profilácticos o preventivos y sus complicaciones, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos como "Check-Up". Asimismo, no se cubrirán estudios realizados al Asegurado que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio origen a una reclamación, aún y cuando ésta sea procedente.

9. Tratamientos y estudios psiquiátricos o psicológicos de cualquier tipo (excepto los mencionados en el punto 7.11 "Cobertura de Daño Psicológico"), así como los relacionados con trastornos de la conducta y trastornos del sueño, que incluyen pero no se limitan a: Roncopatía, Apnea del Sueño, Sonambulismo, Bruxismo, Narcolepsia, Insomnio y el Síndrome de Fatiga Crónica.

10. Tratamientos y estudios relacionados con trastornos del aprendizaje y del lenguaje, cualquiera que sea su causa, (excepto los mencionados en el punto 7.12 Cobertura de Terapia de Lenguaje y Aprendizaje).



11. Lesiones ocasionadas por hechos que provoque el Asegurado intencionalmente o se produzcan con su consentimiento o su participación voluntaria. Lo anterior incluye, pero no se limita a: lesiones derivadas de mutilación voluntaria, suicidio o intento de éste, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental o locura temporal.

12. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad, impotencia, disfunción eréctil y sus complicaciones.

13. Compra o renta de zapatos ortopédicos. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la Póliza o a la fecha del accidente o enfermedad, cualquiera que sea la causa de la reposición.

14. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.

15. Se excluyen las lesiones originadas por la práctica de las siguientes actividades peligrosas, cuando no se contrate el grupo correspondiente para ampararlas según lo descrito en el punto 8.8: Equitación, deportes náuticos, windsurf, kitesurf, buceo, espeleología, rafting, rapel, tirolesa, box, boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería, tauromaquia, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo, viaje en globo aerostático, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares.

16. Lesiones derivadas de accidentes que el Asegurado sufra viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares cuando el motor exceda los doscientos cincuenta centímetros cúbicos (250cc.), cuando no se contrate el Grupo C descrito en el punto 8.8, a menos que el vehículo haya sido rentado con fines recreativos o vacacionales. Además, por ninguna causa, se cubrirán los gastos derivados de accidentes cuando el Asegurado participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

17. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo regular de pasajeros, sujeta a itinerarios regulares.



18. Tratamientos o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o seguido, y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.

19. Adquisición de fórmulas lácteas, complejos vitamínicos, complementos y suplementos cualquiera que sea su naturaleza e indicación que incluye pero no se limita a nutricionales, alimenticios.

20. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso o para corregir trastornos de alimentación, que incluyen pero no se limitan a: síndrome metabólico, anorexia, bulimia y obesidad; cualesquiera que sean sus causas y sus complicaciones.

21. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y sus complicaciones.

22. Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macro-bióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa con excepción de la medicina homeopática.

23. Tratamientos quirúrgicos para mejorar la apariencia normal del Asegurado mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos y sus complicaciones.

24. Cualquier padecimiento, enfermedad, lesión, cirugía o tratamiento dirigido a la preparación para cambiar de sexo por alteración genital, incluyendo mas no limitando a tratamientos hormonales, ya sea que sean prescritos por un médico o no. También queda excluido cualquier padecimiento, enfermedad, lesión, cirugía o tratamiento que se origine por el procedimiento del cambio de sexo ya sea de tipo fisiológico o psicológico. También se excluyen los padecimientos, enfermedades, lesiones, cirugías o tratamientos que se originen por la alteración hormonal encaminada al cambio de apariencia de género. Para efectos de esta exclusión, no se considera dentro de ella el hermafroditismo o la intersexualidad.

25. Cuidado podiátrico incluyendo cualquier tratamiento o cuidado médico relacionado con degeneraciones articulares de las falanges de los pies, excepto el tratamiento para corregir Hallux Valgus (conforme a lo establecido en el punto 7.7.1 “Tratamiento para corregir Hallux Valgus”).



26. La compra de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares (excepto para el tratamiento de corrección de cataratas) y aparatos o implantes auditivos.

27. La adquisición de prótesis no funcionales y, en caso de prótesis biónicas, no se cubrirá ningún gasto a partir del segundo intento de implementación de este tipo de artefactos en el mismo Asegurado afectado.

28. Padecimientos congénitos, tratamientos intrauterinos, partos prematuros y tratamientos de cualquier complicación del recién nacido, salvo lo definido en la cláusula de "Cobertura de Maternidad y Recién Nacido Sano" y en la cobertura de "Padecimientos Congénitos para no Nacidos en la Vigencia de la Póliza".

29. Complicaciones del embarazo, cuidados médicos en etapa prenatal, padecimientos congénitos del recién nacido, tratamientos intrauterinos y afecciones de recién nacidos prematuros, en el caso de que la madre o padre hayan estado bajo un tratamiento por esterilidad, infertilidad o control de la natalidad; o cuando, durante el embarazo, la madre haya tenido antecedentes de alcoholismo o drogadicción.

30. Cuidados médicos en la etapa prenatal, las complicaciones del embarazo, el tratamiento médico o quirúrgico para parto o cesárea, los cuidados rutinarios del recién nacido, salvo lo definido en la cláusula de "Cobertura de Maternidad y Recién Nacido Sano".

31. Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, salvo las derivadas del tratamiento de un accidente amparado o enfermedad amparada.

32. El tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos preexistentes salvo lo señalado en la cláusula 7.8 "Cobertura de Padecimientos Preexistentes".

33. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.

34. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.



35. Todos aquellos padecimientos cuyo total de gastos médicos amparados no exceda al Deducible estipulado en la carátula de la Póliza.

36. Cualquier gasto que exceda el Gasto Usual y Acostumbrado.

37. Cualquier padecimiento o enfermedad que contraiga el Asegurado por visitar lugares donde exista alguna emergencia de tipo sanitaria o epidemiológica que haya sido declarada por la autoridad competente.

38. Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción, que incluye pero no se limita a: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc.

39. Se consideran expresamente excluidos aquellas coberturas que tengan un costo adicional y no sean contratadas por el asegurado.

40. Honorarios de cuidador o cuidadora, independientemente de la causa.

10. INDEMNIZACIÓN

10.1 PAGO DIRECTO

Allianz ofrece el servicio de Pago Directo de los gastos médicos amparados a los prestadores de servicios médicos afiliados, de acuerdo a los convenios previamente establecidos. Para ofrecer este servicio es necesario:

- Presentar toda la información que en su momento sea requerida por Allianz, con el fin de determinar la procedencia del evento.
- Que los gastos hospitalarios rebasen el deducible contratado establecido en la carátula de la Póliza.

Nuestros Asegurados gozan de plena libertad y autonomía, para elegir o sustituir a médicos y demás prestadores de la red de Allianz México; por tal motivo, la selección de nuestros proveedores es responsabilidad única y exclusiva del Asegurado.



10.2 REEMBOLSO

Allianz indemnizará vía Reembolso los gastos médicos amparados en los que incurra el Asegurado, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención, que sean presentados ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de Allianz, siempre y cuando se cumpla con lo indicado en la cláusula **10.6 Pago de Indemnizaciones.**

10.3 DEDUCIBLE

Toda indemnización sólo puede ser reclamada hasta que los gastos erogados rebasen el Deducible contratado, en caso de Accidente o Enfermedad, salvo los casos en que se tenga contratada la Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente.

El Asegurado tendrá la posibilidad de acreditar a cuenta del Deducible pagos efectuados por ésta u otras compañías aseguradoras que amparen los gastos realizados a consecuencia de la enfermedad o accidente cubiertos en otra póliza, sin importar si los gastos se realizaron en territorio nacional o en el extranjero. Para ello deberá presentar documentos originales de todos los gastos procedentes amparados por otras pólizas de ésta u otras compañías aseguradoras, así como las cartas de siniestralidad y finiquitos correspondientes.

10.4 COASEGURO

El coaseguro se aplicará sobre los gastos médicos amparados que excedan el deducible y tendrá un tope por padecimiento de $60,000.00 pesos (Sesenta mil pesos 00/100 M.N) durante la vigencia en la que surja el siniestro y reinstalable en la misma cantidad en la renovación siguiente, a partir de la segunda renovación de haber iniciado el siniestro se reinstalará en $30,000 pesos (Treinta mil pesos 00/100 M.N) anualmente, **el monto que genere la aplicación de puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado, de acuerdo a lo estipulado en el punto 10.4.3, no se tomará en cuenta para el tope de Coaseguro.**

- Para cualquier atención en el extranjero, siempre se aplicará el Coaseguro contratado.
- En caso de atenderse dentro de la República Mexicana, aplicarán los siguientes criterios:

10.4.1 COASEGURO EN PRESTADORES PREFERENTES

Independientemente del coaseguro contratado, se aplicará un coaseguro de 30% para medicamentos adquiridos en establecimientos que no pertenezcan a la Red Preferente de Farmacias. Para medicamentos adquiridos en la Red Preferente de Farmacias aplicará el coaseguro contratado.

No se aplicará coaseguro alguno en medicamentos genéricos, intercambiables y/o similares independientemente del establecimiento donde sean adquiridos.

Para estudios de diagnóstico y seguimiento que se realicen en la Red Preferente de Laboratorios se descontarán 10 puntos del coaseguro contratado. Los estudios realizados en establecimientos que no pertenezcan a la Red Preferente de Laboratorios aplicarán el coaseguro contratado.

La Red Preferente de Farmacias y Laboratorios podrá consultarse en:

http://www.allianz.com.mx/

10.4.2 COASEGURO EN RECLAMACIONES VÍA PAGO DIRECTO

No se aplicará Coaseguro alguno a los honorarios de médicos afiliados a Allianz si la indemnización se realiza vía Pago Directo. Para cualquier otro gasto médico amparado se aplicará el Coaseguro contratado.

Si el Asegurado decide acudir a un hospital en convenio correspondiente al Plan Amplio o al Plan Clásico, se atiende con un médico de la red de Allianz y la indemnización se realiza vía Pago Directo, el Coaseguro a aplicar sobre los gastos hospitalarios cubiertos que excedan al Deducible, será resultado de descontar 10 puntos al coaseguro contratado.

10.5 PERIODO DE BENEFICIO

Si la Póliza se renueva anualmente de manera ininterrumpida, siempre y cuando no se haya agotado la Suma Asegurada, se continuarán pagando los gastos erogados por cada accidente o enfermedad amparada sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para éstos.

En caso de que la Póliza se cancele por cualquier causa o no se lleve a cabo la renovación anual, Allianz cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos en los diez días siguientes al término de vigencia o fecha de cancelación o hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

10.6 PAGO DE INDEMNIZACIONES

En términos del **Artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se estipula lo siguiente:

> “Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.”

> “Salvo disposición en contrario de la presente ley, el Asegurado o el beneficiario



gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”

El **Artículo 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, estipula lo siguiente:

“Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.”

Cualquier accidente o enfermedad deberá ser notificada por escrito a Allianz en el curso de los primeros cinco días siguientes a la fecha de la atención médica salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

Se considerará accidente amparado a todo aquel que se origine dentro de la vigencia de la Póliza, se encuentre cubierto por las condiciones de ésta y la primera atención médica se efectúe dentro de los treinta días siguientes a su fecha de ocurrencia.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento. En caso de que la atención médica no se presente dentro de los treinta días siguientes al accidente, se considerará como enfermedad.

El Asegurado deberá presentar la reclamación del reembolso de gastos médicos amparados en las formas que le proporcione la Institución debidamente llenadas y acompañadas con las pruebas que validen el accidente o enfermedad amparada y los gastos efectuados.

Para todos los gastos médicos amparados se deberá presentar comprobantes en original que reúnan los requisitos fiscales vigentes, facturados a nombre del titular de la póliza, los cuales quedarán en poder de Allianz después de ser indemnizados.

Las condiciones que se aplicarán en la indemnización del accidente o enfermedad amparada, será de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 6.8 Cambio de Condiciones.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que Allianz practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a Allianz de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta Póliza.

En términos del **Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se estipula lo siguiente:

“La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”



10.7 ARBITRAJE

En caso de que Allianz rechace un siniestro como consecuencia de una enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto Allianz como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de celebración del contrato.

En ese caso, Allianz y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por Allianz.

10.8 MONEDA

Los pagos de Primas e indemnizaciones de esta Póliza se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

El reembolso de los gastos erogados en el extranjero se cubrirá en Moneda Nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en la que el Asegurado haya efectuado el gasto.

10.9 INTERÉS MORATORIO

En caso de que Allianz, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del **Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, el interés que se establece en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, computado a partir del día en que se haga exigible dicha obligación.

Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> "El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
>
> Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."



Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

"Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

   Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada



en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

10.10 SUBROGACIÓN

Trascripción del segundo y tercer párrafo del **Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**:

> “En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.”
>
> “El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.”

Allianz podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y Allianz concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Para efectos de la subrogación, el Asegurado deberá suscribir a favor de Allianz la respectiva subrogación de derechos que ésta le presente, así como proporcionar todos los datos y documentación que le sean requeridos.

10.11 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

El Asegurado, al momento de escoger discrecionalmente a los médicos y a los prestadores de servicios médicos que los atenderán, aceptan que la relación creada entre el Asegurado y dichos prestadores de servicios médicos, es de carácter estrictamente personal, por lo que Allianz no es responsable de manera alguna de cualquier responsabilidad profesional, legal, moral, daños o perjuicios, o de cualquier otro tipo que resulte del vínculo entre el Asegurado y los prestadores de servicios médicos.

10.12 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del **Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el **Artículo 82 de la misma Ley.**



La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por:

a) La presentación de reclamaciones ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

b) El inicio del procedimiento a que se refiere el **Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.**

La suspensión de la prescripción de las acciones a que pudiere dar lugar, sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Allianz, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo de la fracción V del **Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.**

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“El plazo de que trata el **Artículo 81** no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.”

10.13 SECUENCIA EN LA INDEMNIZACIÓN

Lo primero que aplica en la indemnización de los gastos procedentes es el Deducible, conforme a lo establecido en las Cláusulas 2.8 y 10.3 de estas Condiciones Generales.

El Coaseguro se aplica una vez descontado el Deducible, conforme a lo establecido en las Cláusulas 2.5 y 10.4 de estas Condiciones Generales.

El monto máximo amparado será igual al monto de la Suma Asegurada una vez descontado el Deducible y el Coaseguro, conforme a lo establecido en la Cláusula 5 de estas Condiciones Generales.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de enero de 2021, con el número CNSF-S0003-0628-2020/ CONDUSEF-001465-14

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros
Blvd Manuel Ávila Camacho 164, Col Lomas
de Barrilaco. CDMX 11010.

Tel. 52013100

www.allianz.com.mx

Facebook: allianzmexico1

Twitter: @allianzmexico